232

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(Mention Médecine)

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude

DES

Hernies de l'Appendice

ILÉO-CŒCAL

PAR

Henri ESNOULT

né le 1er Janvier 1885
à Saint-Aubin d'Aubigné (Ille et Vilaine)

Président : M. HARTMANN PROFESSEUR

PARIS
ALFRED LECLERC, EDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie Chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeuthique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	LEGUEU BAR PINARD
Clinique gynécologique	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantine	POZZI
Clinique thérapeutique	KIRMISSON
	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES MAITRES

A Monsieur le Sénateur REYMOND

Chirurgien à la Maison Départementale de Nanterre

dans le service duquel nous avons recueilli
la plupart de nos observations.

A notre Président de Thèse,

M. le Professeur HARTMANN.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0015vari_j1c6

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA TANTE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE L'ABBÉ ESNOULT

INTRODUCTION

La présence de l'appendice iléo cœcal dans une hernie est une chose qui ne surprend plus guère le chirurgien au cours d'une cure radicale. Le glissement du cœcum et de l'appendice dans le sac herniaire est bien connu depuis un certain temps. Aussi n'est-ce pas là l'intérêt de la question des rapports de l'appendice et du sac herniaire.

Sous l'influence d'un certain nombre de causes, cet appendice peut s'enflammer. Sa situation particulière à ce moment, dans un sac herniaire c'est-à-dire hors de la grande cavité péritoinéale et dans une loge sujette à l'étranglement, et directement ou presque sous la peau nous fait comprendre que cette inflammation ne se traduira pas cliniquement par les signes que l'on a l'habitude de rencontrer dans l'appendicite.

Les difficultés spéciales du diagnostic surtout lorsque l'appendice est dans une hernie située loin du siège ordinaire de cet organe (hernie ombilicale par exemple) l'allure spéciale des symptômes dus à l'étranglement d'un appendice déjà malade, les indications opératoires spéciales qui en découlent nous ont poussé à étudier cette question et à apporter à son histoire les faits que nous avons pu recueillir. Obligeamment M. le Docteur Reymond nous

a permis de chercher dans les archives de son service à la Maison Départementale de Nanterre les observations qui nous intéresseraient. Nous tenons ici à le remercier de l'accueil qu'il a fait à nos recherches. Nous avons trouvé dans les registres d'observations du service de M. le Docteur Reymond 14 cas où l'on avait rencontré l'appendice sain ou malade dans un sac herniaire. Nous avons relevé toutes ces observations à titre statistique, mais nous nous sommes surtout attachés à l'étude des cas où l'appendice était malade.

Nous avons ajouté aux observations recueillies dans le service de M. le Docteur Reymond deux observations dont l'une personnelle que nous avions trouvées lors de notre séjour dans le service de M. le Docteur Bluysen aux hospices de Boulogne-sur-Mer.

HISTORIQUE

Les hernies du gros intestin, du cœcum et de l'appendice en particulier sont très bien connues depuis longtemps. Nous n'avons pas l'intention de refaire l'historique complet de cette question ; nous ne ferons que signaler les travaux principaux qui en éclairèrent l'étiologie, la pathogénie et les complications. Morgagni vers 1745, Scarpa en 1812, Bardeleben, Krause, Luschka en précisèrent le mécanisme. Truffier et Trèves à peu de distance établirent sur l'anatomie, la théorie actuellement admise pour les expliquer.

En 1785 Hévin, signale dans son « *Cours de pathologie et thérapeuthique chirurgicales* » le premier cas d'appendicite herniaire. Il s'agissait d'une appendicite phlegmoneuse dans une hernie crurale.

Puis, peu à peu, avec le développement de la chirurgie les observations se multiplièrent.

Amyaud, Morse, Schroenk, Frichter entre 1800 et 1810 en commentèrent de nombreux cas.

Merling dans sa thèse inaugurale (Heidelberg 1836) cite deux cas d'étranglement de l'appendice iléo cœcal hernié. Dans le premier cas la malade fut opérée et mourut, dans le deuxième cas il n'y eut pas d'intervention et à l'autopsie

on trouva un appendice gangrené et perforé. Depuis cette époque les observations se font de plus en plus fréquentes et nous ne pouvons citer que les thèses ou les travaux principaux parus sur ce sujet.

En 1842 Cabaret écrit un article sur la hernie crurale d'un appendice gangrené.

Klein en 1858 rassemble toutes les observations parues. Mònod (1861), Richet (1881), Pollosson (1888) apportent de nombreuses observations. En 1892 le professeur Le Dentu et Gangolphe, dans leurs leçons cliniques, entretiennent leurs élèves de l'appendicite herniaire. M. Brièger rapporte 28 cas d'appendices herniés, quelques-uns présentent une inflammation.

En 1894 paraissent de nombreuses publications dues à Richelot, Nicaise, Pollosson, Alti, Rivet, Sauvage, Bariéty, Charnois.

En 1896 Guinard publie une observation qu'il commente à la Société de chirurgie.

Monsieur le professeur Berger fait un magistral article sur l'inflammation de l'appendice dans une hernie (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus).

En 1897 Renault puis Briançon reprennent le même sujet.

En 1898 paraît la thèse de Pindray.

Pui successivement Osty (1900) Honoré (1903) font leurs thèses sur ce sujet.

En 1903 Lévy de Nancy publie dans les Archives provinciales de chirurgie trois articles très documentés dans lesquelles il semble avoir mis la question au point.

Depuis cette date de très nombreuses thèses de Denis (1904), Marque (Bordeaux 1905-1906) Le Duigan (1905) Jacquemin (1905), Merlo (Montpellier 1909) Gillot (1909) et d'autres articles dont on retrouvera l'indication à la bibliographie.

FRÉQUENCE

Nous avons fait porter nos recherches dans le service de M. Reymond sur 520 cas de hernies crurales, inguinales ou ombilicales opérées.

Nous ne comptons pas ici les deux observations recueillies aux hospices de Boulogne-sur-Mer.

Sur ces 520 cas nous avons :

32 hernies ombilicales dont 20 étranglées ;
350 inguinales droites dont 100 étranglées.
118 hernies crurales droites dont 75 étranglées.

Parmi ces cas nous avons trouvé quatorze fois l'appendice faisant partie du contenu herniaire.

Si l'on tient compte du fait que 385 fois le sac herniaire était habité lors de l'intervention l'on arrive aux conclusions suivantes :

Sur 520 hernies, 385 étaient habitées soit 54,8 %. 14 contenant l'appendice soit 2,7 %.

Sur 385 hernies habitées 14 contenaient l'appendice soit 3,63 %.

Parmi les 195 hernies étranglées dans six cas on a trouvé l'apendice, soit 3,07 %.

Enfin sur 520 hernies sept contenaient un appendice

nettement malade soit un pourcentage de 1,34 % cas d'appendicite herniaire vraie.

Ces chiffres se raprochent sensiblement de ceux que nous avons relevés dans la thèse de Merlo et dans un travail de Caplesco (Soc. de chirurgie de Paris 26 avril 1910).

Caplesco sur 260 hernies trouve l'appendice treize fois et des lésions de cet organe quatre fois.

Toutefois si l'on s'en rapporte à d'autres travaux tels que ceux de Rivet,de Sauvage, de Osty, de Le Duigan l'on trouve de profondes divergences, cela tient peut être à ce que au cours des cures radicales le contenu des hernies a souvent été simplement réduit sans que les opérateurs aient cherché si l'appendice s'y trouvait.

Les différentes statistiques montrent que la plus grande fréquence de l'appendicite herniaire est entre 55 et 72 ans.

Nous ne pouvons apporter de données nouvelles à ce sujet, la Maison de Nanterre de par son recrutement offrant à l'étude presque uniquement des adultes.

Quant à la fréquence suivant le sexe et suivant le genre et l'orifice au travers duquel se fait la hernie, nous notons dans nos observations.

11 hommes, 3 femmes, 2 crurales, 11 inguinales, 1 ombilicale.

ÉTIOLOGIE

Parmi les causes susceptibles de provoquer une inflammation de l'appendice inclus dans une hernie, nous devons mentionner.

1° Les traumatismes. Il est évident que dans un sac herniaire, l'appendice est beaucoup plus exposé aux chocs, aux pressions de toutes sortes, malgré toutes les précautions que l'on peut prendre. Le port d'un bandage herniaire par exemple, exercera toujours des frottements préjudiciables au bon état de l'appendice.

2° Les efforts peuvent à eux seuls être la cause d'un processus morbide à la suite de la congestion qui s'établit dans les tisus surtout dans les tissus fortement vascularisés comme l'appendice.

3° Enfin nous rangerons dans un même chapitre toutes les causes susceptibles de provoquer l'inflammation de l'appendice quelle que soit sa situation ; nous ne les examinerons pas toutes. Ce chapitre se rapporte non pas particulièrement à la pathogénie de l'appendicite herniaire, mais à celui de l'appendicite en général.

L'état du tube digestif, l'état des organes lymphoïdes, diathèse, la présence des corps étrangers entre en ligne

pour provoquer toute appendicite ; sans doute la situation basse, défectueuse de l'appendice dans un sac herniaire exagéreront ces causes, mais encore une fois elles ne sont pas spéciales à l'appendicite herniaire.

Etude Clinique

A la suite des travaux de ces dernières années, on est arrivé à diviser la question des hernies de l'appendice en trois questions qui en réalité, semblent bien distinctes :

1° La hernie simple de l'appendice qui n'est qu'une découverte d'opération.

2° L'appendicite herniaire qui consiste en l'inflammation de l'appendice situé dans un sac herniaire .

3° Enfin reste la question si discutée de l'étranglement de l'appendice.

Cette division est certainement beaucoup plus conforme à la clinique que celle qui consiste à diviser cette étude en hernie isolée de l'appendice ou appendicocèle et hernie cœco-appendiculaire.

En effet au point de vue clinique la hernie cœco-appendiculaire non compliquée rentre dans le cadre des hernies du gros intestin, la présence de l'appendice n'étant qu'un épiphénomène.

D'autre part lorsqu'il s'agit de lésions inflammatoires de l'appendice. que cet organe soit seul ou accompagné, il prend la première place et c'est son histoire clinique qui constitue à elle seule toute la maladie.

I. Hernie simple de l'appendice (Appendicocèle)

Il n'existe guère de signes particuliers de l'appendicocèle et le plus souvent ce n'est qu'au cours de la cure radicale de hernie que l'on trouve dans le sac herniaire l'appendice seul ou accompagné du cœcum.

La hernie qu'elle soit inguinale ou crurale est petite et passe souvent inaperçue : Moty insiste sur sa forme allongée, mais il semble bien que cela ne doive se rencontrer que dans les cas d'appendice seul.

La consistance est *ferme*. Quand l'appendice est seul on peut parfois sentir dans le sac le contenu formé par un cordon dur du volume d'un porte-plume. On peut alors mais ce fait nous paraît assez exceptionnel sentir l'appendice et le reconnaître.

Le plus souvent cette tumeur est *solide*, ferme, résistante, *présentant de la matité* et l'on pose le diagnostic d'épiplocèle.

Il n'y a pas d'expansion à la toux.

Diagnostic.

Le diagnostic sur lequel nous n'insisterons pas doit se faire avec l'épiplocèle, le kyste du cordon, le lipome préherniaire, les adénites. Mais le plus souvent le diagnostic ne se fait qu'une fois le sac ouvert.

Traitement.

A ce moment il n'y a pas à hésiter, la résection s'impose. Tout d'abord il y a toujours intérêt à supprimer un appendice qui se présente à l'opérateur.

De plus, cet appendice hernié, long, volumineux, dont les vaisseaux sont tiraillés, est exposé plus qu'un autre à s'infecter.

L'intervention se fera comme d'habitude et suivant la technique classique. Signalons simplement que le plus souvent chez les malades dont nous parlons, l'enfouissement du moignon s'est fait par un catgut passé en bourse sur la séreuse et ceci *avant la section de l'appendice au thermo-cautère*. Une fois la section faite, l'opérateur n'a qu'à serrer son fil et l'appendice s'enfouit tout seul.

Voici les observations que nous avons pu recueillir de hernie simple de l'appendice.

OBSERVATION I (*Inédite*).
(*Service de M. le docteur Reymond*).

R... Louis, 41 ans, 12 décembre 1903.

Cure radicale d'une hernie inguinale droite par le procédé de Bassini... Ouverture du sac.

Hernie du colon ascendant.

Appendice très long, volumineux, un peu rouge.

Appendicectomie par le sac herniaire.

Fermeture du sac par un surjet.

Bassini.

Guérison. — Sortie du service le 2 février 1904.

Hernie inguinale droite contenant un appendice ne présentant pas de traces de lésion — simple présence d'appendice dans une hernie.

OBSERVATION II (*Inédite*)
(*Service de M. le docteur Reymond*).

G... Paul, 45 ans, 13 février 1907.

Hernie inguinale droite. Adhérences péri-appendiculaires.

Incision longue. Hernie par glissement. On ouvre le sac qui contient l'appendice adhérent.

Décortication de l'appendice. Appendicectomie et enfouissement en bourse.

Fermeture du sac.

Bassini.

Le malade sort guéri le 2 mars 1907.

Pièces. Appendice rouge, augmenté de volume dans son extrémité.

Simple présence de l'appendice dans la hernie.

OBSERVATION III (*Inédite*)
(*Service de M. le docteur Reymond*).

R... Alfred, 26 mois, 20 février 1907.

Hernie inguinale droite.

Appendice sans lésion dans la hernie.

Appendicectomie ordinaire.

Cure de la hernie par le procédé de Bassini.

Simple présence de l'appendice de la hernie.

OBSERVATION IV (*Inédite*)
(*Service de M. le docteur Reymond*).

S... Gustave 48 ans 4 avril 1907.

Hernie double inguinale.

La hernie droite contient l'appendice adhérent à tout le sac. On libère les nombreuses adhérences.

Appendicectomie. Enfouissement du moignon. Résection du sac. Bassini.

Hernie gauche contenant de l'intestin grêle.

Bassini.

Pièces. — Appendice présentant quelques petits foyers hémorragiques.

Simple présence de l'appendice dans la hernie.

OBSERVATION V (*Inédite*)
(*Service de M. le docteur Reymond*).

P... Edouard, 43 ans 1e juin 1908.

Hernie très volumineuse (tête de fœtus à terme).

Quelques symptômes douloureux.

Incision verticale de 10 cms. sac épais et résistant, très volumineux, ouverture.

Il communique largement avec la vaginale.

L'intestin, qu'il contient, rentre facilement car il y a peu d'adhérences.

Mais à la partie moyenne du sac l'appendice long de 12 à 15 cms est fixé par sa pointe qui est augmentée de volume.

Appendicectomie avec collerette sous séreuse.

Ligature du sac.

Guérison. — Sort le 20 juin 1908.

Simple présence de l'extrémité de l'appendice dans une hernie.

OBSERVATION VI (*Inédite*)
(*Service de M. le docteur Reymond*).

L... Toussaint, 66 ans, 7 mai 1912.

Grosse hernie droite sans aucun signe du côté de l'appendice.

Incision inguinale. Libération du sac et de son contenu. Ouverture du sac.

Il contient le cœcum et quelques anses grêles.

L'appendice est accolé à la face postérieure du cœcum.

Appendicectomie. Enfouissement du moignon.

Mesocolon long et flasque.

Resection du sac.

Bassini.

Suites normales, guérison. — Sort le 20 novembre 1912.

Simple présence de l'appendice dans la hernie.

OBSERVATION VII (*Inédite*)

(*Service de M. le docteur Reymond*).

M... Julien 54 ans 13 septembre 1913.

Hernie inguinale droite.

Au cours de la cure radicale, à l'ouverture du sac on trouve l'appendice. On constate alors que le sac herniaire est constitué en grande partie par un simple plissement du mesocolon et du mesocœcum.

Appendicectomie. Bassini. — Sort guéri le 10 octobre 1913.

Simple présence de l'appendice dans une hernie inguinale.

II. Appendicite herniaire

Nous distinguons ici trois formes :

A l'appendicite herniaire aiguë

B l'appendicite herniaire chronique

C l'appendicite herniaire suppurée

A. L'APPENDICITE HERNIAIRE AIGUË est la forme la plus fréquente que l'intestin accompagne ou non l'appendice. Toutefois, quand l'intestin accompagne l'appendice les symptômes péritonéaux sont plus accentués que lorsque l'appendice est seul.

Il s'agit en général d'un malade porteur depuis longtemps d'une hernie peu volumineuse et qu'il maintient à l'aide d'un bandage. De temps en temps, il éprouve à ce niveau des petites sensations désagréables mais qu'il rattache simplement à sa hernie à moins qu'il ne soit examiné auquel cas on peut parfois faire le diagnostic.

Puis un jour brusquement soit sans cause apparente, soit sous l'effet d'un effort alors que le malade a quitté son bandage la hernie devient subitement le siège d'une douleur très vive,, elle augmente un peu de volume et le malade éprouve un malaise général.

A ce moment on trouve une tumeur assez volumineuse, dure, tendue, très sensible à la pression et irréductible.

La peau est souple à ce niveau, conserve sa coloration normale mais donne parfois une sensation de chaleur.

L'état général est satisfaisant. Le malade a parfois quelques nausées.

Puis la tumeur augmente de volume ; sa tension devient considérable. En général à ce moment le médecin pose le diagnostic d'étranglement herniaire.

Tumeur douloureuse avec parfois une douleur au niveau du collet, mais le plus souvent point maximum dans la tumeur même. Dûreté particulière. La percussion rend un son mat. Il n'y a pas d'impulsion à la toux.

Cependant le malade est constipé mais non d'une manière absolue. Les gaz continuent à passer librement. Le malade demande en général lui-même l'intervention.

On trouve alors un appendice augmenté de volume, turgescent, parfois présentant des adhérences avec le sac. Celui-ci est congestionné, dépoli et contient du liquide.

OBSERVATION VIII (*Inédite*).
(*Service de M. le Docteur Reymond*).

N... Pierre, 55 ans, 18 mars 1912.

Hernie inguinale droite étranglée. Appendicectomie.

Malade entré 8 jours avant pour vomissements. On trouve une hernie inguinale réductible. Mais une douleur très nette existe au point de Mac Burney. Défense musculaire marquée.

Repos, régime lacté, glace sur le ventre. Amélioration. On veut attendre quelques jours avant d'intervenir.

Brusquement le 18 mars au matin la hernie devient irréductible, dure et douloureuse. Elle augmente rapidement de volume. La douleur au point de Mac Burney persiste mais moins vive.

On fait le diagnostic d'engouement d'une hernie contenant un appendice malade.

Incision classique pour la cure de hernie.

Sac volumineux adhérent que l'on commence à disséquer. Au cours de cette dissection le contenu du sac rentre dans l'abdomen. Une fois le sac ouvert on voit la pointe de l'ap-

pendice qui se montre juste au niveau du collet. On l'attire au dehors après avoir débridé le collet.

Appendicectomie. Enfouissement en bourse. Fermeture du sac. Bassini.

Pièces. Appendice rouge, turgescent présentant à son extrémité une dilatation ampullaire. Nombreuses lésions de folliculite aiguë.

Suites opératoires normales. Sort le 9 avril 1912.

Appendicite subaiguë. Etranglement herniaire au cours du refroidissement. Etranglement de l'appendice. Recrudescence des symptômes de réaction péritonéale.

Observation IX (*Inédite*)
(*Service de M. le Docteur Reymond*).

Madame Bl..., 65 ans, 25 janvier 1914.

Asthmatique. Insuffisance mitrale.

Appendicite chronique. Hernie crurale étranglée d'emblée avec prédominance de la douleur à droite et au niveau de l'ombilic (attache du mésentère).

Deux jours avant l'opération exacerbation des signes intestinaux.

Le 24 janvier 1914. Douleurs assez violentes dans le flanc droit. Nausées mais sans vomissement.

Brusquement, le 25 janvier apparition sous l'arcade crurale droite d'une tumeur ronde, résistante, irréductible.

A l'examen, petite masse arrondie, pédiculée, irréductible siégeant sous l'arcade crurale, du volume d'une mandarine.

Matité absolue de la tumeur. Douleur assez forte à la palpation sur la face externe de la tumeur. Douleur très vive au niveau du pédicule.

On fait le diagnostic d'épiplocèle crurale étranglée.

Opération. Incision de 6 centimètres parallèle à l'arcade crurale et passant par le point le plus saillant de l atumeur. On

découvre alors le sac de la hernie. On ouvre ce sac et l'on constate qu'il contient un peu d'épiploon et surtout l'appendice rouge, tuméfié, présentant à sa base qui correspond au collet du sac les traces d'une forte structure. L'extrémité de l'appendice présente un début de sphacèle.

Appendicectomie après débridement du collet du sac. Résection du sac. Cure radicale de la hernie crurale.

Suites normales. La malade sort guérie dix jours après l'intervention.

La coupe de l'appendice a montré des lésions très nettes.

Epaississement de la muqueuse. Folliculite intense.

Nous donnons intentionnellement cette observation dans son texte original qui montre bien l'évolution de la lésion. Ce n'est qu'après l'opération que nous avons pu reconstituer l'histoire exacte.

Il s'agit d'une petite hernie crurale passée longtemps inaperçue. Son contenu était l'appendice presque seul. La malade a dû faire deux ou trois crises légères et c'est à la dernière que les signes de gravité se sont présentés très nettement et que l'on est intervenu.

Nous dirons que cette observation est presque le type de l'appendicite herniaire aiguë. Elle présente le tableau clinique complet de ce que Jacquemin dans sa thèse décrit sous le nom d'épiploïte herniaire.

B. Les formes chroniques *de l'appendicite herniaire* sont probablement beaucoup plus fréquentes que ne l'indiquent la plupart des travaux.

Bien souvent en effet au cours d'une cure radicale on a dû enlever les appendices dans lesquels si on les avait ouverts, on aurait trouvé des lésions d'appendicite chronique nette.

L'apparence extérieure de ces appendices peut parfois en effet paraître normale.

En général, il s'agit d'un malade porteur de hernie à contenu cœco appendiculaire. Cette hernie est douloureuse par moments et légèrement plus tendue, moins facilement réductible.

On pense le plus souvent à des petites poussées d'engouement herniaire. Quelquefois entre temps s'établit un véritable état dyspeptique. Les digestions sont lentes, les embarras gastro-intestinaux fréquents.

D'autrefois, les douleurs sont si vagues que le malade ne remarque rien d'anormal à sa hernie. Il veut se la faire opérer parce qu'elle le gêne pour son travail.

C'est en l'opérant que l'on trouve l'appendice dans la hernie et souvent il faut après l'intervention l'ouvrir et même en faire des coupes pour y trouver des lésions d'appendicite chronique.

Les deux observations suivantes sont assez typiques.

Observation X (*Inédite*)
(*Service de M. le Docteur Reymond*).

B..., Alphonse, 61 ans. 16 février 1905.

Malade porteur d'une hernie inguinale droite, contenue depuis un certain temps par un bandage. Ce malade a ressenti à plusieurs reprises des douleurs assez vives dans sa hernie. Ces douleurs étant exagérées par son bandage et diminuant quand il ne le porte pas, cet homme se décide à se faire opérer de sa hernie.

A l'ouverture du sac on trouve un appendice turgescent, rouge, dur, très vascularisé.

Appendicectomie. Enfouissement en bourse avant de sectionner l'appendice.

Guérison rapide.

L'appendice présentait surtout dans sa portion moyenne des lésions très nettes d'appendicite chronique et de nombreux foyers de folliculite.

Il s'agit bien là d'une appendicite herniaire chronique typique avec lésions macroscopiques de l'appendice.

Observation XI (*Inédite*)
(*Service de M. le Docteur Reymond*).

M..., Eugène, 66 ans. 5 mai 1913.

Appendicite chronique dans une hernie inguinale droite.

Le malade se souvient d'avoir eu quelques douleurs du côté du point de Mac Burney. Il présente de plus une hernie inguinale droite.

Opération. Incision classique, dénudation du sac assez volumineux et contenant de l'intestin grêle hernié, un peu de liquide citrin. Réduction de l'intestin grêle. Derrière lui, on trouve l'appendice hernié assez volumineux adhérent au sac et accollé au bord postérieur du cœcum près du collet.

Appendicectomie. Enfouissement.

Pièces. Epaississement de la muqueuse appendiculaire.

Sort guéri le 21 mai 1913.

Appendicite chronique avec lésions typiques et adhérences dans un sac de hernie inguinale droite.

Observation XII (*Inédite*)
(*Service de M. le Docteur Bluysen. Boulogne-sur-Mer*).

T.., Claudine, 75 ans. 21 avril 1906.

Cette femme porte une petite hernie crurale droite. Cette hernie est depuis longtemps le siège de douleurs intermittentes

Le 21 avril 1906, la femme qui n'a pas été à la selle depuis 4 jours et qui vomit, entre dans le service. Le ventre est ballonné, la hernie est irréductible.

Etant donné l'état défectueux du cœur (myocardite) on pratique l'intervention sous anesthésie locale à la stovaïne.

Très petit sac, dans lequel on trouve l'appendice adhérent par son *extrémité* au fond du sac.

On élargit l'anneau. Le doigt introduit dans l'abdomen montre un appendice tendu en corde du cœcum au fond du sac.

Après légère anesthésie au chloroforme, on agrandit l'incision vers l'abdomen. On constate alors que l'appendice étrangle plusieurs anses grêles sur lesquelles il passe à la manière d'une bride.

Appendicectomie. Fermeture.

Guérison opératoire.

La femme meurt le 5 mai 1906, au 14e jour de myocardite aiguë.

Cette observation semble bien être le type de l'appendicite herniaire chronique. Les adhérences de la pointe de l'appendice au fond du sac sont là pour le prouver. Quant aux accidents aigus ayant amené l'intervention il semble que l'on peut plutôt les rattacher à étranglement des anses grêles par la bride que formait l'appendice.

C. L'APPENDICITE HERNIAIRE SUPPURÉE est la forme la plus nettement caractérisée. C'est la *forme phlegmoneuse* de Jacquemin.

Berger, dans son traité de chirurgie signale que souvent l'appendicite herniaire prend la forme phlegmoneuse, avec abcès, laissant parfois une fistule. Pour Berger, elle correspondait aux faits où l'appendice est seul dans la hernie.

L'inflammation ne reste pas limitée au sac. Les tissus voisins réagissent. La région herniaire devient très douloureuse. En plus de la tension que l'on observe d'habitude dans les étranglements, on perçoit de l'empâtement, traduisant le travail inflammatoire qui se passe autour du sac. La peau ne tarde pas à être modifiée : elle devient rouge, luisante, chaude, douloureuse.

Puis l'ouverture peut se faire spontanément à la peau. Il se forme alors une fistule stercorale. L'observation qui suit nous fait voir cette terminaison possible par la fistulisation. Quand

on ne voit le malade qu'à cette époque de son affecton, on peut se trouver fort embarrassé et on pensera à tout autre chose qu'à une appendice herniaire. Souvent ce n'est qu'à l'intervention que l'on fera le diagnostic ferme.

Observation XIII (*Inédite*)
(*Service de M. le Docteur Reymond*).

Madame M..., 75 ans. 11 février 1913.

Malade présentant une ancienne hernie ombilicale volumineuse.

Vers le mois de juin 1912, la malade qui était à la campagne a présenté une rougeur dans la région la plus saillante de sa hernie en même temps qu'elle en a souffert. Aucun symptôme péritonéal.

Au bout de quelques jours une fistule s'est créée par laquelle est sorti du pus.

Opération le 11 février 1913.

Incision curviligne sur le pourtour gauche de la tumeur. La peau se décortique très facilement de la tumeur.

La poche crève en un endroit mettant en évidence une série d'anses grèles et de gros intestin qui adhérent non seulement entre elles mais encore avec la poche elle-même.

On ouvre alors la poche de la hernie ombilicale sur son bord gauche en dehors des adhérences et l'on continue la section circulaire de façon à isoler le large pédicule du sac, du péritoine.

On commence de longues et pénibles tentatives pour désinsérer d'une part les anses entre elles et d'autre part d'avec la paroi du sac.

Une masse solide correspondant à la fistule stercorale est désinfectée en bloc. Une fistule persiste, elle est fermée avec un surjet.

A mesure que l'intestin grèle est libéré on le rentre dans le péritoine. On arrive alors au cœcum.

On constate alors que c'est à ce niveau que siégeait l'ancienne fistule stercorale et la fistule sur laquelle on vient de mettre un surjet.

C'est alors que l'on s'aperçoit que cette fistule aboutit à l'appendice. Celui-ci très volumineux, adhérent à tous les organes voisins et en particulier à la face postérieure du cœcum.

Appendicectomie.

On continue à dévider le gros intestin qui se trouve en presque totalité dans la hernie.

C'est au niveau du colon descendant que la rupture des adhérences a entraîné la déchirure des parois externes du colon qui ne garde plus que la muqueuse sur une longueur de 20 centimètres. Les lèvres de la plaie sont réunies par un surjet.

Réduction de l'intestin.

Au cours de l'intervention résection de nombreuses masses épiploïques.

3 fils d'argent.

Crins.

Guérison. — Sort du service le 4 mars 1913.

Appendicite à forme phlegmoneuse dans une hernie ombilicale. On avait complètement, et cela se comprend, méconnu l'origine appendiculaire du phlegmon herniaire. Le diagnostic hésitait entre étranglement chronique par brides et ouverture spontanée à la peau, ou néoplasme de l'intestin hernié. Ce n'est qu'au cours de l'intervention et après que l'on put reconstituer l'histoire de la malade.

Certainement cette malade avait fait une appendicite phlegmoneuse avec ouverture spontanée. Mais le siège dans une hernie ombilicale avait fait que le médecin qui l'avait soignée à la campagne avat méconnu la véritable cause des lésions

III. Etranglement de l'appendice

L'étranglement appendiculaire doit-il être distingué de l'appendicite herniaire ? Il semble bien à la suite des nombreuses controverses qui se sont produites à ce sujet que cette distinction doit être faite.

En effet, bien que au point de vue clinique, les deux affections aient des caractères communs, leur étiologie et surtout l'étude microscopique des lésions les séparent assez nettement.

Parmi les auteurs qui confondent les deux lésions dans leurs descriptions se trouvent : Briançon, Osty, Lévy.

Ces auteurs nient l'étranglement primitif et le croient fonction d'accidents inflammatoires antérieurs ou concomitants. En effet, cet accident existe, dit Osty, si l'on veut entendre par là, les coudures, les brides, le volvulus de l'appendice ; il ne saurait se réaliser par l'anneau ou le collet de la hernie. Il faudrait en effet ou bien que l'anneau se resserre, ce qui est impossible ou bien une augmentation du volume de l'appendice, ce qui ne peut se produire que s'il y a inflammation. L'étranglement ne serait donc qu'un accident de l'appendicite herniaire.

Cependant si nous examinons l'opinion différente, celle de Pollosson, de Rivet, de Michaux et d'autres qui surtout se sont basés sur la clinique, nous devons convenir que l'étranglement de l'appendice existe. L'on voit fréquemment et les trois observations ci-dessous en sont une preuve, l'appendice portant sur une partie quelconque un sillon, une structure nette qui per-

mettent d'affirmer l'étranglement. Il faut alors débrider le collet du sac pour retirer l'appendice.

L'appendice, sous l'influence de la toux ou d'efforts pénètre dans le sac par un collet serré et une fois là sa circulation se trouvant gênée il présente un processus congestif qui augmentant ses dimnesions et l'empêche de franchir à nouveau l'anneau.

Ces faits sont prouvés par :

1° L'existence d'un sillon net ;

2° La couleur et la tension du liquide contenu dans le sac ;

3° La coloration de la portion sous-jacente de l'appendice qui rappelle absolument celle d'un intestin étranglé.

4° L'examen microscopique.

Sans doute si l'étranglement persiste il se produit un sphacèle de l'extrémité étranglée, en tous points comparables à celui de l'appendicite gangréneuse mais ce sphacèle ne se produit qu'un certain temps après l'étranglement comme ce fut le cas de l'observation XV.

Si au contraire, comme dans les observations XIII et XIV, l'agent de l'étranglement est rapidement levé, le sphacèle ne se produit pas et l'étude microscopique de l'appendice montre des lésions limitées exactement à la zone de stucture.

OBSERVATION XIV (*Inédite*)
(*Service de M. le Docteur Reymond*).

M. Louis, 56 ans, 8 avril 1905.

Hernie inguinale droite étranglée depuis 6 heures. Appendice contenu dans la hernie, de teinte un peu plus rouge que l'intestin, congestionné, tendu dans son extrémité herniée. Débridement de l'anneau.

Appendicectomie. Cure radicale.

Guérison.

Pièces. — Sillon net de stricture sur l'appendice a un demi-centimètre de sa base. Aucune lésion d'appendicite.

Ce cas est une observation d'étranglement de l'appendice avec début de congestion. Si l'opération n'avait pas été pratiquée, il est bien probable que l'extrémité herniée se serait sphacelée de même qu'un intestin étranglé.

OBSERVATION X (*Inédite*)
(*Service de M. le Docteur Reymond*).

M. Marguerite 79 ans, 3 août 1914.
Hernie crurale étranglée depui s 2 heures.
Incision. Débridement du ligament de Gembernat.
Ouverture du sac. Il s'écoule un peu de liquide séreux.
Le contenu apparaît constitué par le cœcum et l'appendice.
Celui-ci porte la trace d'une structure nette.
Appendicectomie. Fermeture du sac.

Réfection de la paroi par le procédé de Delagénière. Guérison.

Cette observation est le type de l'étranglement cœcoappendiculaire sans appendicite.

OBSERVATION XVI (*personnelle*).
Service du Docteur Bluysen (*Boulogne-sur-Mer*).

S... Sophie 67 ans, 22 janvier 1914.

Femme entrée pour étranglement d'une petite hernie crurale, complètement ignorée de la malade. Etranglement datant de 3 jours. La femme était très souvent constipée. Toutefois, elle a été une fois à la garde robe la veille de l'intervention, mais d'une façon peu abondante.

A l'examen, dans la région du pli de l'aîne, on constate une tuméfaction et une rougeur.

Tumeur du volume d'une petite mandarine, rouge, tendue, ressemblant à une adénite inguinale aiguë.

Pas de fluctuation nette.

Matité de la tumeur.

Peau tendue, lisse, rouge vif.

Etat général bon.

Incision. On tombe sur un sac herniaire à parois très épaissies, fibreuses, contenant un peu de liquide séro-sanguinolent et l'appendice long de 8 centimètres, absolument gangrené. Odeur infecte.

Au niveau du collet de la hernie sillon de stricture sur l'appendice. La portion extrasacculaire de l'appendice et le cœcum sont sains.

Ablation de l'appendice au ras du cœcum. Enfouissement. Cure radicale de la hernie.

Pronostic réservé en raison du sphacèle de l'appendice et des lésions du sac herniaire.

Légère infection de la paroi qui cède à quelques pansements humides.

Sort guérie le 20 février 1914.

Voici bien, nous semble-t-il, le type de l'étranglement appendiculaire prolongé. Il n'y a eu absolument aucun signe d'appendicite et le sphacèle constaté sur l'appendice était strictement limité à la portion étranglée.

Terminaison

Il va sans dire qu'un porteur d'une hernie appendiculaire simple pourra vivre sans jamais présenter les moindres symptômes dûs à la présence de l'appendice dans la hernie. Cependant la présence de cet organe presque sous la peau, les défauts de sa vascularisation feront que des accidents pourront plus facilement se produire soit : inflammation d'où appendicite herniaire; soit: étranglement.

L'inflammation pourra devenir chronique et l'on aura alors l'appendicite herniaire chronique, mais le plus souvent si l'on opère pas on en arrivera tôt ou tard à la forme phlegmoneuse.

A ce moment de deux choses l'une, le phlegmon dans les cas favorables s'ouvrira à la peau (observation XIII) et alors on assistera à la formation d'une fistule stercorale définitive.

Dans les cas moins favorables on aura de la péritonite aiguë sur le tableau clinique de laquelle nous n'insisterons pas.

Nous estimons d'ailleurs qu'il n'y a pas lieu de faire un chapitre spécial pour les complications. Ce sont celles de toutes les infections qui avoisinent le tube digestif : septicémie, pneumonie, pleurésie, myocardites, etc...

Diagnostic

La hernie de l'appendice est absolument à notre avis impossible à distinguer, c'est répétons-le, une trouvaille d'opération.

Quant à l'appendicite herniaire la variété si grande des formes qu'elle peut revêtir rend son diagnostic très délicat. Il n'y a pour ainsi dire pas de signe pathognomonique de l'inflammation appendiculaire dans une hernie. Encore que certains auteurs aient senti dans l'hernie un petit cordon dur, demeurant dans le sac après la réduction de l'intestin, aucun n'a été affirmatif.

Au point de vue clinique l'on peut observer des formes ayant l'aspect d'une entéro-épiplocèle réductible ou non, d'une épiplocèle, d'un phlegmon herniaire, d'une hernie étranglée.

Suivant les conseils de Neuebauer, il faut sonder avec soin et un esprit critique poussé à l'extrême, l'histoire du malade. Nous avons vu (observation VIII) que parfois le diagnostic d'appendicite et celui de hernie sont faits isolément. A un moment donné ils se confondent et l'élément douloureux prend une plus grande importance. Cette douleur a une grosse valeur ; elle est continue présentant des paroxysmes qui se localisent en un point, toujours le

même, de la hernie et souvent irradiant vers le cœcum et le point de Mac-Burney.

L'erreur de diagnostic la plus fréquente est commise avec l'épiplocèle étranglée ou enflammée. Cependant l'appendicite offre une brusquerie plus grande et des douleurs plus intenses.

La tumeur est plus dure, plus tendue, « pierreuse » (Lévy).

Le pincement latéral, le pseudo étranglement induisent souvent le chirurgien en erreur.

La douleur qui est plus volontiers localisée au collet dans la hernie qui s'étrangle est plus diffuse quand l'appendicite est à la base des troubles. L'arrêt complet des gaz et des matières ne se présente que rarement dans l'appendicite herniaire.

Quand la hernie est enflammée, il faudra éliminer les adénophlegmons, les adénites aigües.

S'il y a fistulisation, nous devrons par l'étude approfondie des anamnésiques, par l'examen des matières s'échappant des orifices, éliminer soit une différentite, soit une adénite ouverte, soit même une diverticulite.

Somme toute le diagnostic sera difficile et on n'y arrivera que par élimination successive.

Nous pouvons dire, en résumé, que lorsque nous nous trouverons en présence d'une inflammation herniaire aux allures peu franches, peu nettes, anormales, tant par les signes locaux que par les signes généraux, nous devrons penser à l'appendicite herniaire. L'interrogatoire et l'examen attentif permettront de poser, sinon un diagnostic certain, du moins assez probable.

Pronostic

Berger déclare que l'appendicite herniaire est une des variétés graves de la péritonite herniaire.

Mérigot de Trégny admet que l'étranglement de l'appendice est aussi grave que celui de n'importe quelle autre portion de l'intestin. Le Duigan la considère comme très sérieuse. Lévy fait entrer en ligne de compte l'état de l'appendice : totalement enflammé, le cas serait moins défavorable ; s'il n'est que partiellement pris, on a plus à redouter la péritonite abdominale, tandis que dans le premier cas on n'avait qu'à lutter contre la péritonite herniaire.

Il nous semble bien que dans l'état actuel des connaissances chirurgicales, avec la possibilité de l'intervention précoce et rapide le pronostic soit beaucoup moins sombre. On ne laissera pas à la péritonite généralisée le temps de se produire et l'intervention sera suivie d'une prompte guérison.

Restent les cas de phlegmon appendiculaire diffus où évidemment le pronostic sera à réserver.

Traitement

Opérer sûrement et opérer le plus vite possible, telle est la seule conduite à tenir. Et ceci afin d'éviter les complications graves et pour mettre un terme aux accidents qui se produisent.

Après l'incision classique, la dissection du sac, son ouverture on résèquera l'appendice malade suivant la technique habituelle. Signalons encore le procédé employé dans le service de M. le docteur Reymond pour assurer l'enfouissement rapide et parfait du moignon appendiculaire. Un catgut fin est passé en collerette dans la séreuse par points séparés les uns des autres de 1 centimètre environ et formant autour de la base de l'appendice un cercle d'environ 4 centimètres de diamètre. Ce fil est posé après la ligature du méso et de l'appendice et avant la section de l'appendice au thermo-cautère. Sitôt la section faite, l'aide tire sur les deux chefs du catgut, qui en se serrant forme autour du moignon une bourse parfaitement fermée.

Si l'appendice paraît sain, il faut quand même le réséquer car il faut toujours penser que c'est un organe pour ainsi dire ectopié, donc plus sujet à s'enflammer.

Conclusions

1° La présence de l'appendice n'est pas une rareté et quand une hernie présente certains symptômes spéciaux, il faudra y penser.

2° L'appendice peut rester dans une hernie sans y provoquer d'accidents : c'est la simple hernie de l'appendice.

Il peut s'enflammer dans le sac herniaire ; c'est l'appendicite herniaire.

Il peut s'étrangler dans le sac : c'est l'étranglement appendiculaire.

3° L'appendicite herniaire peut revêtir trois formes :

a) appendicite herniaire aiguë ;

b) appendicite herniaire phlegmoneuse ;

c) appendicite herniaire chronique.

4° Le pronostic grave alors que l'on pratiquait le taxis, s'est amélioré depuis que l'intervention précoce est de règle.

5° Quand, au cours d'une cure radicale de hernie, on trouve l'appendice, il faut l'enlever, car du fait de sa ten-

dance à la ptose, cet appendice est plus sujet qu'un autre à être malade.

Vu : le président de Thèse
HARTMANN

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

N. B. — **Dans cet index bibliographique nous citons non seulement les ouvrages qui nous ont servi à notre travail mais toutes les observations isolées que nous avons pu recueillir.**

Adam Eecles. — Lancet, 21 mars, 1903, p. 781.
Adams. — British. Méd. Journal. Londres, 1905-1040.
Alexander. — St-Barth. Hosp. Rep. 1904. Londres, 1905, 153-156.
Allisson. — West. Méd. Rev. Lincoln, 1898-290.
Alti. — Hernies du cœcum et de l'appendice. Th. Paris, 1894.
Annandale. Lancet, Londres, 1889.
Antipas. — Gaz. Méd. d'Orient. Constantinople. 1907, 21 p. 219.
Aix (Van). Corresp. Blat, f. Schw. Aertze, 1886.
Baber. — Rev. Chir. Bucarest, 1904.
Baillet. — Bulletin Soc. Chir. de Paris, 1903.
Bajardi. — Sperimental. Lez. Clin, Firenze, 1895.
Balloch. - Am. Jour. of obstétric, 1900.
Barbat. — Journal of American Médical, association, 1904.
Bard. — Thèse de Lyon, 1895.
Bardeleben. — Herniés du cœcum, 1875.
Bariéty. — Thèse de Paris, 1895.
Basile. — Polyclinico. Mai, 1904.
Baron. — Méd. Presse. Budapest, 1905-247.
— — — — 249.
Battut. — Bull. Soc. Méd. chir. de la Drôme, 1903.
Bazy. — Société chirurgie. 1904.
Beaumetz. — Gazette des hôpitaux, 1859.
Beaussenat. — Thèse. Paris, 1897.
Bender. — Société Anatomique. 1900.
Bérard et Vignard , — Hernies ing. et crurales du cœcum et de l'append. Gaz. des hôpitaux. 2 août, 1902.
Bermet. — Soc. Roy. de méd. Chir. de Londres, 1890.
— Médical and chirurgical report. Philadelphie, 1802.

Bergasse. — Bull. soc. méd. chir. de la Drôme, 1907.
Berger. — Hernies in Duplay et Reclus.
Bichat. — Appendicite herniaire Arch. Gen de Méd. de Paris, 1903
Bidwel. — Britisch Médical Journal, 1897.
Bier. — Deutsche Méd. Wochenschrift, 1892.
Bleynie-et-Descazols. — Limousin médical, 1904.
Bœckel. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1897.
Boiffin. — Des hernies adhérentes. Th. Paris, 1887.
Boodle. — Australian. Méd. Gaz. Sydney, 1894.
Boosh. — Columbus. M. J. 1897.
Bouglé. — Presse médicale, 1900.
Bouillet (Th.). Bordeaux, 1898.
Braddley. — Médical. Times and. Gaz. 1878.
Briançon. — Thèse de Paris, 1896.
Brieger. — Arch. f. Klin. Chir, 1893. Bd. XLV.
Briscœ. — Lancet. Londres, 1898.
Broca. — Gaz. hebd. de Méd. et Chir. 1888.
Bucquoy. — Société anatomique 1855 cité par Longuet.
Cabaret. — Journal des connaissances. Méd. chir. St-Malo. 1842.
Camelot. — Journal des sc. médicales de Lille. 1908.
— La clinique, 1908.
Caplesco. — Soc. de chir. de Paris, 26 avril, 1910.
Carrez. — Lyon, médical. 1900.
Casati. — Vaginalite phelgmoneuse consécut. à une append. gangréneuse Raccoglitore. Méd. Imola, 1903.
Cavaillon et Leriche. — Semaine médicale. Paris, 1907.
Castaigne. — Soc. anatomique, 1899.
Camezzi. — Hernie de l'append. Clin. Chir. Milan, 1903.
Chamois. — Thèse de Lyon. 1894.
Chaters Simonds. — British. Médical Journal 1898.
Charyan. — Journal de Méd. de Nantes, 1837.
Chavannaz. — Journal de Méd. de Bordeaux 1904.
Chrétien. — Annales Méd. Chir. du centre. 1904.
Chipault. — Hernies du cœcum 1892.
Claret. — Tribune médicale. 1904.
Clark. — Lancet, 1864.
Clinique Chirurgicale de Breslan, 1890.
Clogg. — Lancet, Londres, 1906.
Cloquet. — Hernies. Catal. du Musée Dupuytren, n° 233-1816.
Colley. — (Davius). Guy's hospital. Report XXVII.
Cruveilher. — Catal. du Musée Dupuytren, n° 237.
Cunning. — Médical. Press. Londres, 1908.
Dambrin et Berny. — Toulouse, médical, 1905.
Delagenière. — Archives provinc. Chirurgie, 1900.
Delore et Chalier. — Lyon, médical, 1907.

Demoulin. — Société de chirurgie, 1900.
— Société de Chirurgie, 1904.
Denis. — Revue méd. de Normandie. Rouen, 1903.
— Appendicite herniaire. Thèse de Paris, 1904.
Descarpentries. — Echo médical du Nord. 1905, p. 260.
— Soc. tuberculeux. Appendice adhérent. 1905 p. 260.
Dieffenbach. — Surgéry. Vol. II, p. 600, 1848.
Dionis du Séjour. — Soc. anatomiqne 1901.
— Soc. anatomique, 1904.
Dubar. — Bulletin médical du Nord T. XXXIII, 1894
Dublin. — Journal. Juillet, 1841.
Dujon. — Archives provinc. Chir. 1900.
Dupin et Barrau. — Languedoc, méd. chir. 1900.
Dunlop. — Lancet, 1864.
Dures. — Journal de la soc. de méd. de Lille, 1891.
Edington. — Hernie crurale de l'append. Glascow. M. J. 1903-212.
Elder. — Appendicite herniaire. Montréal, M. J. 1901.
Estor. — La hernie étranglée chez le nourrisson. Revue de chir. de 1902, p. 249 436-721.
Eyfrig. — Diagnostic des hernies de l'appendice. Leipzig, 1906.
Féré. Revue mensuelle de méd. et de chir. 1879.
Ferrier. — Thèse. Bordeaux, 1884.
Flœl (Otto). — Centralblatt J. Chir. Hernies gangréneuses.
Fleischl. — Périty phlite d'une hernie. Centrablatt, f. Chir. 1896.
Fortun. — Progresso méd. Habana, 1901.
Fournal. — Th. Paris, 1906-1907.
Fowler. — Brooklyn, méd. Journal, 1904.
Frolaff. — Prakt, Vrach. St-Pétersbourg, 1904.
Galton. — Appendicite herniaire crurale. Lancet, Londres, 1902.
Gaudolphe. — Lyon, médical. 1892.
Geissier. — Die hernies ilio-appendicularis véroffenk, a. d. Méd. Sou. Wer. Berlin, 1906.
Gœbel. — Deutsche, méd. Wochenschrift, 1900.
Goschel. — Munich med. Wochenschrift, 1900.
Golding. — Medical Record. New-York, 1905.
Gross. — Deutsche Zeitschrift, f. Chir. 1898.
— Centrablatt, S. Chir. 1898.
Gray. — Lancet, 1888.
Guersant. — Gaz des hôpitaux, 1841.
Guibal et Roland. — Presse médicale, 1903.
Guinard. — Presse médicale, 1896.
— Soc. de chir. 1896.
— Soc. de chir. 1902.
Hall. — British Medical, 1902.
— Hernies de l'appendice. Lancet, Clinic 1903.
Hartmann et Minot. — Semaine médicale, 1897.

Hédrich. — Hernies cæcales gauches Gaz. Méd. Strasbourg, 1889.
Hemsted. — Etranglement de l'appendice dans le canal crural. British. Méd. Journ. 1900.
Henversuryn. — Journal de sciences méd. de Lille, 1893.
Herbett. — Med. Times and Gazette, 1878.
Herbig. — Appendicites herniaires. Inaug. Dissert. Munich, 1900.
Hévin. — Cours de Pathol. et de Thérap. Chir. 1780, p. 407.
Hofmann. — Deutsche zeit, f. Chir. 1897.
Holcomb. — United-States Nav. Med. Bull. Washington, 1908.
Honoré. — Appendicite herniaire. Th. Paris, 1903.
Horraks. — Lancet. London, 1905.
Horwitz. — Philadelphia. Méd. J. 1900.
Hue. — Normandie Médicale. 1903.
Hugel. — Hernie inguinale gauche. 1898.
Hulton. — Hernie de l'app. méd. Mars, 1906.
Jaboulay et Patel. In nouveau Le Dentu et Delbet, 1908,
Jackle. — Thèse de Marburg, 1888.
Jacquemin. — Thèse de Paris, 1905.
Jalaguier. — Hernies du cœcum. Congrès de chir. 1888.
— Article appendicite In Duplay et Reclus.
Jamavelli. — Annali universali di osmondi, 1856.
Jayle. — Presse médicale, 1894.
Jefferyet (W.). Scharp. British, Médical, 1902.
Jérémie. — Hernie cœcale gauche. Belgrade, 1904.
Jonnesco. — Th. Paris, 1890.
Jopson. — Hernie de l'appendice. Univ. méd. Magazine. Philadelphie. 1900.
Jouen. — Th. de Paris, 1906-1907.
Kirmisson. — Bull. Soc. de chir. de Paris, 1905, p. 796.
Klein. — Inaug. Diss. Giessen, 1868.
Knobloch. Inaug. Diss. Breslau, 1890.
Korte. — Berliner klin. Woch. 1893.
Kronlein. — Corresp. Blatt. V. Schw. Aertze, 1893.
Kukule. — Enterorrhagies après l'étranglement herniaire. Ann. de la soc. Belge de Chirurgie. 1899.
Laforgue. — Th. Lyon, 1893.
Launois. — Rev. des mal. de l'enfance, 1883.
Le Bec. — Congrès de chir. Paris, 1888.
Le Clerc. — Bull. Soc. clin. Paris, 1906.
Le Dentu. — Art. hernies. Dict. Jaccoud.
— Cliniques chirurgicales, 1890-1891.
Le Duigan. — Thèse. Paris, 1905.
Le Guen. — Soc. anatomique, 1892.
— Soc. chirurgie, 1904.
Lejars. — Tumeurs intra et péri-herniaires. Gaz. des hôpitaux. 1889.
— Chir. d'urgence, 5e édition p. 776.

Lemenicier. — Du cœcum et de ses hernies. Th. Paris, 1837.
Lemoine. — Nord médical, 1904.
Lionardi. — Gaz. di. osp. Milan, 1908.
Leplay. — Bull. soc. anatomique 1904. Avril.
Lévy. — Complications des hernies de l'appendice. Archives provlncia-les de chirurgie, 1903.
Longuet. — L'appendicocèle d'après les Morganiens. Progrès médical. Paris, 1906, p. 681-901.
Loockwood. — Méd. Chir. trans. XIX. p. 506.
— St-Barth. Hosp. Rep. Londres, 1889-1890.
Mac Ewen. — Lancet, 1906.
Mac Kae. — J. of Amer. méd. association 1904.
Malgaigne. — Revue de méd. et chir. 1853.
— Mémoire sur les étranglements. 1841.
Manec. — Gaz. des Hôpitaux. 1859.
Marckey. — Hernie ombilicale étranglée de l'appendice M. J. Glasgow, 1904.
Mackevich. — Protok zasaïd kavkázsk. Méd. obstr. Tiflis, 1904.
Maryanchik. — Etranglement et inflammation de l'appendice dans les hernies inguinales. Kusk Vrach St-Pétersbourg, 1907.
Massoulard. — Etranglement herniaire de l'appendice et appendicite herniaire. Arch. prov. de chirurgie, 1906.
Mauclaire et Dambrin. Soc. anatom. 1902.
Maydl. — Wiener Klin. Rundschan, 1895.
Mérigot de Trégny. — Th. Paris, 1887.
Merling. — Th. Heidelberg, 1826.
Merlo. (Th.). — Montpellier, 1909.
Mézangeau. — (Th.). Paris, 1899.
Michaux. — Soc. de chirurgie, 1896.
Michel. — Rev. méd. de l'Est. Nancy, 1906-747-751.
Mignon. — Soc. de chirurgie, 1902.
Milko. — Pest. méd. chir. Presse, Budapest, 1905.
Minich. — Pest. méd. chir. Presse, Budapest, 1904.
Monks. — Boston méd. and. surger. journal 1890.
Montoblio. — Gaz. méd. ital. Turin, 1905.
Morestin. — In rap. Legueu. Soc. de chir. 1902.
Morgan. — Hernies de l'appendice. Transs. path. soc. Londres, 1874.
Morgagni. — Opera omnia (1762). Indication de Longuet.
Morse. — Wiener médical Wochenschrift, 1892.
Moty. — Soc. de chirurgie, 1902.
— Soc. de chirurgie, 1904.
Mouchet. — Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1900.
Mouton. — Th. Lille, 1899.
Muns. — Centralblatt, f. chirurgie, 1901.
Muron. — Soc. anatomique, 1869.

Napalkoff. — Hernie gauche du cœcum et de l'appendice Khirurgiæ Moscou, 1905.
Nasse. — Arch. f. Klin. Chir. 1896.
Naquet. — Th. Paris, 1900.
Newbolt. — Britisch, méd. Journal, 1897.
Niche. — Th. Munich, 1892.
Nové Josserand. — Lyon Médical, 1901.
Ombrédanne. — Arch. Gén. de médecine. 1898.
Osty. — De l'appendicite herniaire. Th. Paris, 1900.
Pascal et Pilliet. — Soc. anat. de Paris, 1898.
Pauchet. — Bulletin médical, 1904.
Patel. — App. herniaire. Soc. méd. de Lyon, 15 avril, 1907.
Payen. — Rapporté par Haller. Disputationes chir. Cité par Longuet. Hernie appendiculaire ischiatique. Nécropsie.
Petitjean. — Th. de Paris, 1899.
Perrin. — Rev. méd. Suisse, Romande. 1890.
Pick. — Lancet, 1880.
— Lancet, 1901.
Picqué. — Rapport 1896.
Pinatel. — Loire médicale, 1897.
Pistory. — Deutsch. Klinik. Berlin, 1850.
Pollosson. — Lyon, médical, 1893.
Potherat. — Soc. de chirurgie, 1898.
— Soc. de chirurgie, 1902.
Psaltaft. — Grèce médicale, Syra, 1903.
Quénu. — Soc. chir. 1903.
Rahn. — Hernies de l'appendice. Erlangen, 1893.
Reclus. — Société de chirurgie, 1892.
Remedi. — Atti della R. Acad. dei Fisiocritta, 1892.
Renault. — Th. de Paris, 1899.
Riche. — Soc. anat. de Paris, 1906, p. 337.
Richet, — Anatomie chirurgicale. 1885, p. 592.
Rivet. — Th. de Paris, 1894.
Rochard. — Société de chirurgie, 1904.
Romm. — Deutsche Zeitschrift, f. Chirurgie, 1895. Etranglement de l'appendice d'une hernie gauche.
Rostoutseft. — Prakt-Vrakt, St-Pétersbourg, 1904.
Routier. — Rapport soc. de chir. 1896.
— Soc. de chir. 1904.
Sarfert. — Deutsche Zeitschrift f. chir. 1894.
Sand. — Méd. Record, 1881.
Sandifort. — Icones herniæ inguinalis congenitalis. Leyde, 1781, (cité par Longuet).
Sauvage. — Thèse de Paris, 1899.
Scarpo. — Traité des hernies 1872 (cité par Longuet).
Schmidt. — Munich. Méd. Woch, t. XVII, p. 288.

Schwaz. — Centralblatt, f. Chir. 1898.
Schwenke. — Inaug. Dies Leipzig, 1805 (cité par Longuet).
Segelmann. — Th. de Paris, 1897.
Segond. — Soc. de chir. 1901.
Sendler. — Münch méd. Wochenschrift, Munich, 1896.
Sheldon. — Médical Standard. Chicago, 1903.
Shaw et Stanton. — Arch. Pédiat, New-York, 1904.
Silhol. — Marseille médical 1906, p. 279.
— Marseille médical, 1906, p. 326-330.
Sorel. — Archives provinciales de chirurgie. Paris, 1906.
Souligoux. — Société anatomique 1900.
Southam. — Méd. chron. Manchester, 1905.
Spenzel. — Deutsche Zeitung für chirurgie 1904.
Steech. — Suppl. al Policlinico. Roma, 1900.
Steiger. — Corresp. Blatt, f. schw. Aertze, 1879.
Sthompson. — British, méd. Journal, 1879.
Swaseg. — Médical. Record, 1881.
Taillefer. — Congrès de chirurgie, 1901.
Taillefert. — Appendicite herniaire. Independ médicale 1897.
Tamarelli. — Annali universali di medicina. Milan, 1833, cité par Longuet.
Tapie. — Archives provinc. de chirurgie. Paris, 1904.
Témoin. — Journal de Médecine interne 1904, Septembre.
— Gazette médicale du centre 1904. Janvier.
Thurnam. — Prov. méd. and surgical. Journal, 1848, cité par Longuet.
Thiery. — Société anatomique, 1892.
Trèves. — Anatomie du cœcum. British méd. Journal, 1887.
Valérani. — Osservatore. Torino, 1883, p. 545.
Vallée. — Normandie médicale 1900.
Vandaèle. — Normandie médicale, 1900.
Vanderhoof. — Médical. Record. New-York. 1897.
Varelazequeira. — Rev. de méd. y cirurg de la Habana, 1905.
Vasiyeff. — Appendicite herniaire Russk chir. St-Pétersbourg, 1904.
Vautrin. — Rev. de Gynécol. et de chir. abdominale. 1898.
Verdier. — Traité des hernies 1840, cité par Longuet.
Vesiguié. — Th. de Paris, 1903.
Veslin. — Bull. de la soc. de chir. 1896.
Viren. — Khirurgia. Moscou, 1905, p. 438-440.
Vivie. — Annales d'hygiène et méd. coloniale. Paris, 1905.
Vœlkel. — Cœcal hernie mi. Daimperforation durch einem darn Plœn, 1904.
Zahradnicky. — Wien Klin Rundschan, 1898.
Whyte. — Scot M. and Sur Journal. Edimbourg, 1908.
Wegener. — Appendicite herniaire. Thèse Giessen. 1907.

Table des Matières

INTRODUCTION 9

Historique 11

Fréquence 15

Etiologie 17

Etude clinique 19

I. — Hernie simple de l'appendice. (Appendicocèle) 20

OBSERVATIONS 21

II. — Appendicite herniaire 25

A). — Appendicite herniaire aiguë 25

B). Les formes cliniques de l'appendicite herniaire.. 28

C). L'appendicite herniaire suppurée 31

III. — Etranglement de l'appendice 33

Terminaison 37

Diagnostic 38

Pronostic 40

Traitement 41

Conclusions 43

Bibliographie 45